**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji   
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii   
w Olsztynie

Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na wezwanie Zamawiającego w celu wykazania braku wydania wobec Wykonawcy prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo - w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „Dostawa rękawic medycznych”, znak sprawy: ZPZ-44/09/20,prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie*,* oświadczam, co następuje:

My niżej podpisani, oświadczamy że wobec Wykonawcy:

.....................................................................................................................................................

*(nazwa/firma Wykonawcy)*

nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu   
z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo   
- w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji - dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.